Sólo para uso de la agencia:	Número de caso de CBMS	
Número de técnico	Fecha de la entrevista personal	
Nombre del técnico	Número de hogar del condado	

Estado de Colorado
Departamento de servicios humanos
Departamento de políticas y finanzas de atención médica

Nombre del solicitante
Fecha en que el condado o el sitio MA recibió la solicitud
Firma de la persona que recibió la solicitud

Por favor marque todos los programas que solicite.

	Programas de asistencia en efectivo		Programas de asistencia médica
❑	Ayuda para ciegos (AB del estado)	❑	Child Health Plan (CHP+) y Asistencia médica familiar
❑	Ayuda estatal para el discapacitado necesitado (AND del estado)	❑	Servicios médicos de emergencia (ciudadano que no reúne los requisitos)
❑	Complemento a SSI de Colorado	❑	Atención a largo plazo de Medicaid (Residencias para personas de edad avanzada)
❑	Colorado Works (TANF)	❑	Atención a largo plazo de Medicaid (Servicios en el hogar y la comunidad)
❑	Asistencia para alimentos	❑	Medicare Parte D, Subsidio por ingresos bajos
❑	Subsidio para atención en el hogar (HCA)	❑	Medicare Savings Program, Medicaid
❑	Pensión financiera para la tercera edad (OAP)		

Información de idiomas

Inglés: If you need help completing this application, please contact your local county department of social services.

Español: Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, por favor comuníquese con el departamento local de servicios sociales de su condado.

Ruso: Если Вы нуждаетесь в помощи, заканчивая это заявление, пожалуйста свяжитесь с вашим местным отделом социального обеспечения графства.

Árabe: اتّصل ب إن أنت تحتاج مساعدة يتمّ هذا تطبيق, رجاء ك محلّيّة إقليم قسم من خدمات اجتماعيّة.

Farsi: اگرشمااحتیاج بداریدکمک کنیدلطفاکامل کردن این درخواست ، قسمت استان محلیتان راخدمات اجتماعی تماس بگیرد

Vietnamita: Chương trình chưa dịch được câu này. Câu của bạn sẽ được chuyển đến những người sử dụng khác dưới dạng bài tập. Nếu bạn dịch được ngay câu này, hãy nhấn nút.

Estado de Colorado
Departamento de servicios humanos
Departamento de políticas y finanzas de atención médica

Solicitud de asistencia

Información importante para los solicitantes de Asistencia para alimentos (anteriormente llamada "Cupones de alimentos"): Por favor llene y firme la página 1 de esta solicitud para comenzar el proceso de solicitud de beneficios. La información pedida en las páginas adicionales es necesaria para determinar si usted cumple con los requisitos.

Información importante para los solicitantes de Residencias para personas de edad avanzada: Si está solicitando Atención a largo plazo de Medicaid en Residencias para personas de edad avanzada y tiene que garantizar su fecha de solicitud para la facturación de Medicaid, haga copias de las páginas 1 a 5, firme la página 21 y envíelas a su oficina local de Servicios humanos. Usted debe presentar la solicitud completa a más tardar 10 días laborables después de la fecha en que presentó las páginas. Por favor anote aquí cuál es su residencia para personas de edad avanzada: _____

Información sobre el hogar

Díganos acerca de usted

Apellido	Nombre	Inicial	Apellido de soltera u otro que usted haya usado

Sexo: ❑Hombre, Mujer❑ (No tiene que responder si solicita Asistencia para alimentos.)

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)

Número de Seguro Social (Nº de SS)	❑ Marque aquí si no tiene Nº de SS	Teléfono	Número para mensajes (u otro teléfono para comunicarnos con usted o donde podamos dejarle mensajes)
___-___-____			

Dirección de su casa (calle, apartado postal, etc.)	Dirección postal (si es diferente de la de su casa)
Ciudad Estado Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Firma	Fecha

Servicios o adaptaciones disponibles

Accesible para discapacitados — **Problemas de la vista** — **Lenguaje por señas esta-do-unidense (ASL)** — **TDDY** — **Idioma Intérpretes**

Información sobre el hogar

Díganos más acerca de usted

Raza, origen nacional o etnicidad (Opcional, marque todo lo aplicable):
❑ Asiática ❑ Indio americano o nativo de Alaska ❑ Negra o afroamericana
❑ Hispana o latina ❑ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ❑ Blanca ❑ Otra

¿Estudiante? ❑sí No ❑
Si es sí, por favor escriba

Último grado que completó

Nombre de la escuela

No tiene que responder a lo siguiente si solicita Asistencia para alimentos:

¿Está embarazada? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba:*

➢ Fecha esperada del parto (mm-dd-aaaa)

Cuántos bebés espera

Estado civil: ❑ Casada ❑ Nunca casada ❑ Divorciada ❑ Viuda ❑ Separada

1. **¿Cuál es su idioma principal?** Hablado: _____ Escrito: _____
2. **¿Es usted residente de Colorado?** ❑Sí No ❑
3. **¿Recibe beneficios de algún otro estado o ha recibido beneficios de otro estado?** ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

¿Qué beneficios recibe?

Fecha del último beneficio recibido

¿De qué estado y condado?

4. **¿Recibe usted algún beneficio de algún otro condado de Colorado?** ❑Sí No❑
5. **¿Está usted sin hogar?** ❑Sí No❑

Declaración de no discriminación

de acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU. (HHS) y el Departamento de agricultura (USDA), se prohíbe a esta institución discriminar basándose en raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo las políticas de la Ley de Asistencia para alimentos y de USDA, también se prohíbe la discriminación basándose en estado civil, situación familiar, situación paternal, religión, orientación sexual, información genética, creencias políticas, represalia o porque todo o parte de los ingresos de alguna persona sean derivados de cualquier programa público. (No todos los motivos prohibidos son aplicables a todos los programas.) Si le parece que se le ha discriminado por cualquiera de estos motivos, usted puede presentar una queja con la persona a cargo de comunicación de los derechos civiles de los clientes del condado. También puede presentar, en cualquier momento, una queja de discriminación ante cualquiera de las agencias federales siguientes, sin temor a una represalia.

Si tiene problemas de Asistencia financiera, comuníquese con:

US Department of Health and Human Services (HHS)
Director de la Oficina de derechos civiles (OCR)
Room 506-F, 200 Independence Ave. S.W.
Washington, D.C. 20201
(202) 619-0403 (*voz*) o (202) 619- 3257 (*TDD*)

Si tiene problemas relativos a la Asistencia para alimentos, comuníquese con:
US Department of Agriculture (USDA)
Director de la Oficina de derechos civiles
1400 Independence Ave., SW
Washington DC, 20250-9410
(800) 795-3272 (*voz*)

** Las personas con discapacidades, que necesiten medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (Braille, impresión en letras grandes, grabación de audio) deben comunicarse con TARGET Center de USDA al 202-720-2600 (voz o TDD).* Haremos todos los esfuerzos razonables para satisfacer sus necesidades especiales, si usted tiene alguna discapacidad reconocida por la Ley de estadounidenses con discapacidades (ADA) y la Sección 504 de la Ley de rehabilitación. Comuníquese con su trabajador del condado si usted tiene necesidades especiales, para edir adaptaciones de acuerdo con ADA.

Servicios acelerados para Asistencia para alimentos. **Su hogar puede reunir los requisitos para el Servicio acelerado y recibir Asistencia para alimentos en 7 días. Si quiere llenar una solicitud para Asistencia para alimentos acelerados, complete este cuadro. Usted debe satisfacer los siguientes criterios:**

- ❑ Sus ingresos brutos mensuales son menos de $150 y sus recursos en efectivo son $100 o menos; o
- ❑ Las facturas de vivienda mensuales son mayores que los ingresos brutos mensuales de su hogar más sus recursos en efectivo; o
- ❑ Su hogar es un hogar de trabajadores migratorios o agrícolas de temporada, con poco o ningún ingreso ni recursos

Proporcione la información más abajo, para poder determinar sus requisitos de afiliación para el servicio acelerado:

¿Cuántas personas viven con usted?	_____
Cantidad total de dinero que espera este mes antes de deducciones	_____
Total de dinero en efectivo, dinero en cuentas de cheques o ahorros, certificados de depósito (CD)	_____
Total de servicios públicos de este mes	_____
Total de renta o hipoteca de este mes	_____

Si usted reúne los requisitos para Asistencia para alimentos: Usted recibirá beneficios a más tardar siete días después de su solicitud. Si le niegan la Asistencia acelerada para alimentos y no está de acuerdo con la negativa, usted puede pedir una reunión informal en su oficina de Asistencia para alimentos. Esta reunión se realizará a más tardar 2 días después de su pedido, a menos que usted pida una fecha más tarde.

6. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido encontrado culpable de recibir de manera fraudulenta beneficios de Asistencia por duplicado en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996? ❑Sí No❑

7. ¿Usted o algún miembro de su hogar está escondido o huyendo de la ley para evitar que lo procesen, apresen o lo manden a la cárcel o en infracción de algún acuerdo de libertad bajo palabra o libertad condicional? ❑Sí No❑ *Si es sí ¿quién?* _____

8. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido encontrado culpable de algún delito grave bajo las leyes estatales o federales por posesión, uso o distribución de alguna sustancia activa de algún medicamento controlado (condena por delitos de drogas) o por algún delito cometido bajo la influencia de alguna sustancia activa de algún medicamento controlado después del 22 de agosto de 1996? ❑Sí No❑ *Si es sí ¿quién*?_____

9. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido encontrado culpable de vender o comprar beneficios de Asistencia para alimentos por más de $500, después del 22 de septiembre de 1996? ❑Sí No❑

10. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido encontrado culpable de intercambiar beneficios de Asistencia para alimentos por armas, municiones o explosivos, después del 22 de septiembre de 1996? ❑Sí No❑

11. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido encontrado culpable de intercambiar beneficios de Asistencia para alimentos por drogas, después del 22 de septiembre de 1996? ❑Sí No❑

12. ¿Usted o algún miembro de su hogar que esté solicitando asistencia ha sido encontrado culpable de Fraude de bienestar social? ❑Sí No❑ Si es sí ¿quién?_____

Información del hogar

Díganos acerca de todas las personas de su hogar que soliciten asistencia

Nombre (apellido, nombre, inicial) | Parentesco con usted | Nº de SS ❑Marque aquí si usted no tiene Nº de SS

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) | Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)

¿Estudiante? ❑Sí No❑ Si es sí, por favor escriba: Último grado que completó | Nombre de la escuela

Raza, origen nacional o etnicidad (Opcional, marque todo lo aplicable):

❑Indio americano o nativo de Alaska ❑Asiática ❑Negra o afroamericana ❑Hispana o latina
❑ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ❑Blanca ❑Otra

No tiene que responder a lo siguiente si solicita Asistencia para alimentos:

¿Está embarazada? ❑Sí No❑
Si es sí, por favor escriba ➢ Fecha esperada del parto (mm-dd-aaaa) | Cuántos bebés espera

Estado civil: ❑Casada ❑Nunca casada ❑Divorciada ❑Viuda ❑Separada | Sexo: ❑Hombre, Mujer❑

Nombre (apellido, nombre, inicial) | Parentesco con usted | Nº de SS ❑Marque aquí si usted no tiene Nº de SS

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) | Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)

¿Estudiante? ❑Sí No❑ Si es sí, por favor escriba: Último grado que completó | Nombre de la escuela

Raza, origen nacional o etnicidad (Opcional, marque todo lo aplicable):

❑Indio americano o nativo de Alaska ❑Asiática ❑Negra o afroamericana ❑Hispana o latina
❑ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ❑Blanca ❑Otra

No tiene que responder a lo siguiente si solicita Asistencia para alimentos:

¿Está embarazada? ❑Sí No❑
Si es sí, por favor escriba ➢ Fecha esperada del parto (mm-dd-aaaa) | Cuántos bebés espera

Estado civil: ❑Casada ❑Nunca casada ❑Divorciada ❑Viuda ❑Separada | Sexo: ❑Hombre, Mujer❑

Información sobre el hogar

Díganos acerca de todas las personas de su hogar que soliciten asistencia

Nombre (apellido, nombre, inicial) | Parentesco con usted | Nº de SS ❑Marque aquí si usted no tiene Nº de SS

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) | Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)

¿Estudiante? ❑Sí No❑ Si es sí, por favor escriba: Último grado que completó | Nombre de la escuela

Raza, origen nacional o etnicidad (Opcional, marque todo lo aplicable):

❑Indio americano o nativo de Alaska ❑Asiática ❑Negra o afroamericana ❑Hispana o latina
❑ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ❑Blanca ❑Otra

No tiene que responder a lo siguiente si solicita Asistencia para alimentos:

¿Está embarazada? ❑Sí No❑
Si es sí, por favor escriba ➢ Fecha esperada del parto (mm-dd-aaaa) | Cuántos bebés espera

Estado civil: ❑Casada ❑Nunca casada ❑Divorciada ❑Viuda ❑Separada | Sexo: ❑Hombre, Mujer❑

Nombre (apellido, nombre, inicial) | Parentesco con usted | Nº de SS ❑Marque aquí si usted no tiene Nº de SS

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) | Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)

¿Estudiante? ❑Sí No❑ Si es sí, por favor escriba: Último grado que completó | Nombre de la escuela

Raza, origen nacional o etnicidad (Opcional, marque todo lo aplicable):

❑Indio americano o nativo de Alaska ❑Asiática ❑Negra o afroamericana ❑Hispana o latina
❑ Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico ❑Blanca ❑Otra

No tiene que responder a lo siguiente si solicita Asistencia para alimentos:

¿Está embarazada? ❑Sí No❑
Si es sí, por favor escriba ➢ Fecha esperada del parto (mm-dd-aaaa) | Cuántos bebés espera

Estado civil: ❑Casada ❑Nunca casada ❑Divorciada ❑Viuda ❑Separada | Sexo: ❑Hombre, Mujer❑

Información sobre su hogar **Díganos acerca de todas las demás personas que vivan con usted (aunque no soliciten asistencia). Usted debe anotar a todas las personas que vivan con usted aunque no soliciten. Si usted ya los anotó en la sección anterior, ya no tiene que volver a anotarlos aquí.**

Nombre	**Parentesco con usted**	**Fecha de nacimiento:**	**Sexo** (No tiene que responder si solicita Asistencia para alimentos.)	**¿Normalmente compran alimentos, los preparan y los comen con todas las demás personas de la casa?**
			❑ Hombre Mujer❑	❑ Sí No❑
			❑ Hombre Mujer❑	❑ Sí No❑
			❑ Hombre Mujer❑	❑ Sí No❑
			❑ Hombre Mujer❑	❑ Sí No❑
			❑ Hombre Mujer❑	❑ Sí No❑

Gastos **Díganos acerca de los gastos de su hogar. Esta sección recogerá la información acerca de sus gastos de vivienda. Algunos programas considerarán estos gastos cuando determinen cuál deberá ser la cantidad de sus beneficios.**

13. ¿Cuáles son sus condiciones de vivienda actuales? *(Marque todas las casillas que se apliquen a su situación)*

❑ Propietario o comprando casa
❑ Arrendador
❑ Vive con familiares
❑ Vive en una reservación india
❑ Vive con amigos
❑ Vive en una vivienda subsidiada
❑ Trabajador agrícola migratorio o de temporada
❑ No tiene hogar permanente
❑ Vive en un hogar colectivo
❑ Duerme en un refugio

14. ¿Está solicitando beneficios para alguna persona que se encuentre en algún establecimiento médico? *(Por ejemplo: Hospital, residencia para personas de edad avanzada, institución de salud mental)* ❑ Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre	**Nombre del establecimiento**	**Dirección del establecimiento médico**	**Fecha de entrada**
1.			
2.			
3.			

5. ¿Alguna persona fuera del hogar, le ayuda a pagar algún costo de vivienda? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba:*

¿Quién le ayuda a pagar? _____

¿Cuánto paga esta persona por mes? $

Gastos Díganos acerca de los gastos de su hogar.

16. ¿Usted proporciona ayuda a alguna persona que no viva en su hogar? ❑Sí No❑ ***Si es sí ¿deduce esta cantidad de sus impuestos federales de ingresos?*** ❑Sí No❑

17. ¿Le piden que pague o le han facturado renta o hipoteca? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba:*

	Cantidad pagada	Cantidad facturada	Qué tan seguido	Nombre del casero o hipoteca, dirección y teléfono
Renta	$	$		
Hipoteca	$	$		
2ª Hipoteca	$	$		
3ª Hipoteca	$	$		

18. ¿Le facturan sus impuestos y seguros de propiedad y las cuotas de la asociación de propietarios (HOA) por separado del pago por la casa de más arriba?
❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba:*

	Cantidad facturada	Cantidad pagada	Qué tan seguido	Nombre y dirección a donde envía el pago
HOA	$	$		
Seguro	$	$		
Impuestos	$	$		

19. ¿Usted o alguna persona de su hogar, paga ayuda por orden legal a alguna persona fuera de su hogar? ❑Sí No❑ Si es sí, por favor escriba:

Manutención infantil o ayuda conyugal pagada							
Nombres de las personas que reciben ayuda	**Persona que paga la ayuda**	**Cantidad del ayuda por orden legal**	**Cantidad pagada efectivamente**	**Fecha del último pago**	**Qué tan seguido se paga**	**Condado y estado de la orden judicial**	**Total de pagos vencidos**
1.							
2.							

Gastos Díganos acerca de los gastos de su hogar.

20. ¿Le facturan por alguno de los siguientes gastos?: calefacción, aire acondicionado, agua, basura, desagüe o teléfono ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba:*

	Cantidad facturada	Cantidad pagada	Qué tan seguido	Nombre y dirección a donde envía el pago
Calefacción	$	$		
Aire acondicionado	$	$		
Electricidad	$	$		
Agua	$	$		
Basura	$	$		
Alcantarillado	$	$		
Teléfono de línea o celular	$	$		

21. ¿Alguien de su hogar recibe facturas de guardería infantil? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre del niño que recibe el cuidado	Nombre y dirección de la institución o proveedor	Cantidad facturada	Cantidad pagada	Qué tan seguido paga	¿Recibe ayuda para hacer estos pagos?
1.					❑Sí No❑
2.					❑Sí No❑

22. ¿Usted o alguna persona de su hogar es discapacitado? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona discapacitada	¿Recibe tratamiento actualmente?
1.	❑Sí No❑
2.	❑Sí No❑
3.	❑Sí No❑

23. ¿Algún proveedor médico le ha dicho a usted o a alguna persona de su hogar, que reduzca o limite sus actividades? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona con limitaciones _____ Limitaciones _____

Gastos Díganos acerca de los gastos de su hogar.

24 ¿Usted o alguien de su hogar recibe facturas por la atención de un adulto o discapacitado?
❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona que recibe atención	Nombre y dirección de la institución o proveedor	Cantidad facturada	Cantidad pagada	Qué tan seguido paga	¿Recibe ayuda con estos gastos?
1.					❑Sí No❑
2.					❑Sí No❑
3.					❑Sí No❑

25. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene alguna lesión? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona lesionada _____ Fecha de la lesión _____

25a. ¿Es una lesión de trabajo? ❑Sí No❑

25b. ¿Ha presentado algún reclamo por compensación laboral por esta lesión? ❑Sí No❑

25c. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene alguna demanda o reclamo judicial por alguna lesión? ❑Sí No❑ *Si es sí, quién es el miembro de su hogar y cuál es la fecha de presentación del reclamo (si la conoce)*

Nombre _____ Fecha _____

26. ¿Tiene usted un abogado? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre del abogado _____ Dirección _____

Teléfono y FAX _____ Ciudad _____ Estado Código Postal _____

27. ¿Alguna persona, fuera del hogar, ayuda a pagar algún gasto médico? ❑Sí No❑

28. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene Medicare? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona que recibe Medicare	¿Qué parte de Medicare?	Fecha inicial	Número de reclamo
1.	Parte A: ❑ B ❑ C ❑ D ❑		
2.	Parte A: ❑ B ❑ C ❑ D ❑		
3.	Parte A: ❑ B ❑ C ❑ D ❑		
4.	Parte A: ❑ B ❑ C ❑ D ❑		

Gastos **Díganos acerca de los gastos de su hogar.**

CHP+ proporciona seguro médico a niños con ingresos bajos, hasta los 19 años de edad y a mujeres embarazadas (de 19 años y mayores). Si le interesa solicitar CHP+, por favor llene este cuadro.

29. ¿Alguno de los solicitantes (de hasta 19 años o mujer embarazada y mayor de 19 años) tiene seguro médico en este momento? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:*(Incluya una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguros)*

Nombres de las personas cubiertas**:**

Nombre del asegurado:

Apellido | Nombre | Inicial

Número de póliza o grupo | Nombre y dirección de la compañía aseguradora:

29a. ¿Alguno de los solicitantes de CHP+ del hogar, ha tenido seguro médico a través del seguro colectivo del patrón en los últimos tres (3) meses? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba:*

¿Por qué perdió este seguro? | ¿Cuándo terminó el seguro? (m/dd/aa)

Nombre del asegurado: | Teléfono de la compañía aseguradora: | Nombre de la compañía aseguradora del patrón

Nombres de las personas cubiertas | Cantidad pagada cada mes | Cantidad que pagaba el patrón cada mes

29b. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene acceso a un seguro médico colectivo y quiere ayuda para pagar las cuotas mensuales? ❑Sí No❑

29c. ¿El padre o tutor de este niño trabaja para alguna agencia del gobierno estatal de Colorado y tiene acceso a los beneficios médicos estatales? ❑Sí No❑ *(Posiblemente los hijos de algunos empleados de agencias estatales de Colorado no reúnan los requisitos para CHP+, de acuerdo con la ley federal.)*

Para recibir el seguro de atención médica de CHP+, usted debe elegir una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) para el niño que solicita. Puede encontrar la información acerca de las HMO de su condado en colorado.gov/hcpf. Por favor anote aquí su HMO:

30. ¿Usted o alguna persona de su hogar paga gastos médicos? (Por ejemplo: medicamentos de receta, copagos, cuotas de seguro médico, deducibles de seguros) ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona que tiene el gasto	Nombre del proveedor del servicio	Tipo de gasto médico	Cantidad pagada	Fecha de servicio	Qué tan seguido
1.			$		
2.			$		
3.			$		
4.			$		
5.			$		

31. Si usted es menor de 21 años ¿usted o sus hijos, necesitan servicios médicos? ❑Sí No❑ *Si es sí, marque los servicios médicos usted necesita.*

❑ Vacunas para bebés ❑ Exámenes dentales ❑ Exámenes de la vista
❑ Exámenes de audición ❑ Exámenes médicos ❑ Atención del embarazo
❑ Atención o medicamentos por enfermedad ❑ Programa de alimentación complementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)

Gastos **Díganos acerca de los gastos de su hogar.**

MEDICAID RETROACTIVO **Usted puede pedir cobertura de Medicaid por los meses anteriores a la fecha de esta solicitud. Si usted quiere solicitar Medicaid retroactivo, llene este cuadro.**

32. ¿Usted o alguna persona de su hogar, tuvo gastos médicos en los últimos tres meses?
❑ *Sí* *No* ❑ *Si es así, por favor escriba:*

Nombre de la persona con gastos médicos en los últimos 3 meses	Fechas del servicio

Usted tendrá que proporcionar verificación de ingresos y recursos durante esos 3 meses.

33. ¿Usted o alguna persona de su hogar, tiene cobertura de seguro médico o cobertura médica que no sea Medicaid? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Nombre de la persona cubierta	Nombre del titular de la póliza	Número de póliza	Pago mensual	Fecha de cobertura	Patrón Nombre, dirección y teléfono del patrón

¿No es ciudadano de EE.UU.? **Si usted no es ciudadano de EE.UU., por favor llene este cuadro**.

34. ¿Usted, su cónyuge o sus padres tienen *Créditos por trimestre de trabajo (Work Quarters)* en los Estados Unidos? (Un trimestre de trabajo equivale a tres meses de ingresos por trabajo reconocido por el Seguro Social). ❑Sí No❑

Nombre de la primera persona	Parentesco con el solicitante	Nº de SS (opcional)
Fecha de entrada (mm-dd-aaaa)	Número de registro de extranjero (Alien Registration Number)	❑Marque aquí si usted no tiene Nº de SS
Nombre de la segunda persona	Parentesco con el solicitante	Nº de SS (opcional)
Fecha de entrada (mm-dd-aaaa)	Número de registro de extranjero (Alien Registration Number)	❑ Marque aquí si usted no tiene Nº de SS

34a. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene patrocinador? ❑Sí No❑ *Si es así, por favor escriba:*

Nombre del primer patrocinador	Dirección completa del primer patrocinador		Parentesco con el solicitante
Teléfono del patrocinador	$ ingresos brutos mensuales	$ Recursos o Bienes	Número en la familia del patrocinador
Nombre del segundo patrocinador	Dirección completa del segundo patrocinador		Parentesco con el solicitante
Teléfono del patrocinador	$ ingresos brutos mensuales	$ Recursos o Bienes	Número en la familia del patrocinador

Ingresos **Esta sección recogerá todos los ingresos, incluyendo salario o cualquier otro dinero recibido por usted o alguna persona de su hogar.**

35. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene trabajo? ❑Sí No❑ *Si es así, por favor escriba:*

Nombre de la persona con empleo en su hogar	Nombre, dirección y teléfono del patrón	Fecha de comienzo	Salario por hora Propinas	Ingresos brutos mensuales	Qué tan seguido se paga	¿Cuál es el día de pago?
1.			$	$		
2.			$	$		
3.			$	$		
4.			$	$		

36. ¿Usted o alguna persona de su hogar dejó o perdió su trabajo en los últimos 60 días? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*:

Primera persona

Nombre de la persona que perdió el trabajo	Motivo	Última fecha de trabajo
$ Total bruto del último cheque de pago	Fecha del último cheque de pago	Nombre, dirección y teléfono del patrón:
Marque aquí, si fue el cheque de pago final. ❑		

Segunda persona

Nombre de la persona que perdió el trabajo	Motivo	Última fecha de trabajo
$ Total bruto del último cheque de pago	Fecha del último cheque de pago	Nombre, dirección y teléfono del patrón:
Marque aquí, si fue el cheque de pago final. ❑		

36a. ¿Usted o alguna persona de su hogar, redujo el número de horas trabajadas semanalmente en los últimos 60 días? ❑Sí No❑

Nombre de la persona que redujo sus horas	Motivo de la reducción	Número de horas trabajadas antes de la reducción	Número de horas trabajadas actualmente

Ingresos Díganos acerca de los ingresos en su hogar.

37. ¿Usted o alguna persona de su hogar trabaja por su cuenta? ❑Sí No❑ *Si es así por favor escriba*:
¿Hay algún otro propietario o socio? ❑Sí No❑

Nombre de la persona que trabaja por su cuenta

$		
Promedio de ingresos mensuales	Número de horas trabajadas semanalmente	Nombre, dirección y teléfono del patrón

Se le pedirá que proporcione pruebas de sus ganancias y gastos comerciales.

38. ¿Usted o alguna persona de su hogar está en huelga? ❑Sí No❑ Si es sí por favor escriba:

Nombre		Nombre, dirección y teléfono del patrón
$		
Ingresos brutos antes de la huelga	Fecha en que la persona comenzó la huelga	Nombre, dirección y teléfono del sindicato

39. ¿Usted o alguna persona de su hogar ha solicitado beneficios por desempleo? ❑Sí No❑
Si es sí por favor escriba:

Nombre de la persona que solicitó beneficios por desempleo	Fecha en que solicitó beneficios por desempleo
1.	
2.	
3.	

40. ¿Alguien le paga a usted o a algún miembro de su hogar por alimentos, habitación o ambos?
❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba:*

Nombre de la persona que recibe el pago	Sólo hospedaje ❑ Habitación y alimentos ❑	$ Cantidad recibida	¿Qué tan a menudo?
Nombre de la persona que recibe el pago	Sólo habitación ❑ Habitación y alimentos ❑	$ Cantidad recibida	¿Qué tan a menudo?

40a. ¿Usted o alguna persona de su hogar, tiene gastos por proporcionar alimentos, hospedaje o ambos? ❑Sí No❑ *Si es sí, se le pedirá que proporcione pruebas de sus ganancias y gastos comerciales.*

Persona que paga el gasto	Tipo de gasto	Cantidad del gasto	Horas dedicadas a proporcionar alimentos, habitación o ambos
1.		$	
2.		$	

Ingresos Díganos acerca de los ingresos en su hogar.

41. ¿Usted o alguna persona de su hogar, asiste a la universidad, escuela técnica o escuela de oficios? ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

Nombre de la persona que asiste a la escuela	Situación de inscripción	Fecha esperada de graduación	Nombre de la escuela
1.	❑ tiempo completo medio tiempo ❑		
2.	❑ tiempo completo medio tiempo ❑		

42. ¿Usted o alguna persona de su hogar recibe ayuda financiera para estudiantes? ❑Sí No❑

Nombre del estudiante que recibe ayuda financiera	Tipo de gasto (libros, transporte, cuotas de laboratorio):	Tipo de beca o préstamo recibido (Becas Pell, Préstamo Stafford, Préstamo Perkins, Work Study)
1.		
2.		

43. ¿Usted o alguna persona de su hogar ha solicitado beneficios del Seguro Social o Ingresos complementarios de seguridad (SSI)? ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

Nombre de las personas que solicitaron	Fecha de la solicitud	Situación de la solicitud (pendiente, aprobada, rechazada)
1.		
2.		
3.		
4.		

44. ¿Usted o alguna persona de su hogar ha recibido una cantidad global de dinero? (Por ejemplo: una liquidación judicial, liquidación de seguros, herencia, liquidación de seguro de vida o anualidad o liquidación de SSI o Seguro Social) ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

Nombre de la persona que recibió la cantidad global de dinero	Tipo de cantidad global de dinero	Cantidad recibida	Fecha recibida
1.		$	
2.		$	
3.		$	
4.		$	

Ingresos Díganos acerca de los ingresos en su hogar.

45. ¿Usted o alguna persona de su hogar recibe algún tipo de dinero que no sea ingresos por trabajo?
❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba*

Tipo de ingresos	Nombre de la persona que recibe los ingresos	Cantidad bruta recibida	¿Qué tan seguido?	Reclamo o Número de cuenta
Pensión alimenticia, manutención, Ingresos de un ex cónyuge		$		
Anualidad		$		
Contribuciones en efectivo o regalos		$		
Manutención infantil		$		
		$		
Dividendos o intereses		$		
Ingresos de un fideicomiso		$		
Pagos de seguros o liquidación judicial		$		
Préstamos		$		
Asistencia pública (OAP, AND, AB, Colorado Works, TANF)		$		
Beneficios de jubilación ferroviaria		$		
Ingresos por rentas		$		
Jubilación o pensión		$		
Beneficios del Seguro Social		$		
Beneficios de desempleo		$		
Beneficios de veterano		$		
Compensación laboral		$		
Otros ingresos: (Por favor descríbalos)		$		
		$		

Recursos Díganos sobre sus propiedades o lo qué está comprando (Por ejemplo: vehículos, cuentas bancarias, propiedades personales o seguros de alguna persona de su hogar.)

46. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene lo siguiente? ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

Tipo	Propietario	Número de cuenta	Cantidad o saldo	Nombre y dirección de la institución	Propiedad conjunta
Anualidad			$		❑Sí No❑
Efectivo			$		❑Sí No❑
Certificado de depósito (CD)			$		❑Sí No❑
Cuenta de cheques			$		❑Sí No❑
Cuenta de ahorros			$		❑Sí No❑
Cuentas de ahorros para la universidad o educación			$		❑Sí No❑
Herencia			$		❑Sí No❑
Inversiones, fondos mutuos			$		❑Sí No❑
Cuenta PASS o Cuenta de desarrollo individual			$		❑Sí No❑
Ganancias de la venta de una casa u otros bienes			$		❑Sí No❑
Pagarés a su nombre			$		❑Sí No❑
Cuenta de ahorros para la jubilación IRA, Keogh, 401(k)			$		❑Sí No❑
Hipoteca inversa			$		❑Sí No❑
Caja de seguridad			$		❑Sí No❑
Acciones o bonos			$		❑Sí No❑
Fideicomisos			$		❑Sí No❑
Otras (Por favor descríbalos)					❑Sí No❑

Recursos Díganos acerca de los recursos de su hogar.

47. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene algún vehículo que usted esté comprando, haya registrado o sea de su propiedad? (Por ejemplo: coche, furgoneta, motocicleta, camión, casa rodante, lancha, remolque) ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

	Primer vehículo	Segundo vehículo	Tercer Vehículo	Cuarto Vehículo	Quinto vehículo
Nombre del titular del certificado de título y de registro					
Nombre de la persona que tiene el vehículo					
¿Propiedad conjunta?	❑Sí No❑	❑Sí No❑	❑Sí No❑	❑Sí No❑	❑Sí No❑
Marca del vehículo					
Modelo del vehículo					
Año del vehículo					
Para qué se utiliza el vehículo (trabajo, médico, escuela)					
Valor	$	$	$	$	$
Cantidad a pagar	$	$	$	$	$

48. ¿Usted o alguna persona de su hogar, tiene algún seguro de vida? ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

	Primera póliza	Segunda póliza	Tercera póliza	Cuarta póliza
Nombre del asegurado				
Nombre de la compañía aseguradora				
Dirección y teléfono de la compañía aseguradora				
Nombre del titular de la póliza				
Número de póliza				
Fecha de compra				
Préstamo contra la póliza	$	$	$	$
Tipo de seguro de vida (completo, plazo fijo)				
Valor nominal	$	$	$	$
Valor de retiro	$	$	$	$

49. ¿Usted o alguna persona de su hogar tiene una póliza funeral o dinero ahorrado para entierro, cremación u otros gastos funerales? ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

Nombre de la persona para quien se guarda el dinero	Cantidad guardada	¿Es irrevocable?	Nombre, dirección y teléfono de la funeraria, banco, compañía aseguradora o persona que guarda el dinero
	$	❑Sí No❑	
	$	❑Sí No❑	
	$	❑Sí No❑	

Recursos Díganos acerca de los recursos de su hogar.

50. Posiblemente pueda conseguir ayuda con los gastos funerales de algunos beneficiarios. Si su familia necesita ayuda ¿Qué preferirían? ❑ Cremación ❑ Entierro ❑ Sin preferencia

51. ¿Usted o alguna persona de su hogar, ha regalado algo de valor durante los últimos 5 años o 3 meses por Asistencia para alimentos? (Por ejemplo: terrenos, casas, dinero, edificios, coches, lanchas, efectivo) ❑Sí No❑ *Si es sí por favor escriba*:

Nombre de la persona que regaló el artículo	Artículo regalado	Fecha del regalo	Valor del regalo	Cantidad a pagar
1.			$	$
2.			$	$
3.			$	$

52. ¿Usted o alguna persona de su hogar está comprando o es propietario de bienes raíces que no sean la propiedad donde usted vive? (Por ejemplo: propiedades para rentar, apartamentos de tiempo compartido, bodega, terreno baldío) ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor escriba por cada uno de los bienes raíces:*

Nombre del primer propietario o comprador	¿Propiedad conjunta? ❑Sí No❑	Tipo de bienes raíces
Dirección de la propiedad (calle, ciudad, estado y país)	$ Valor	$ Cantidad a pagar
Nombre del segundo propietario o comprador	¿Propiedad conjunta? ❑Sí No❑	Tipo de bienes raíces
Dirección de la propiedad (calle, ciudad, estado y país)	$ Valor	$ Cantidad a pagar

¿Es usted veterano o tiene derecho a recibir los beneficios de veterano? Escriba su información de veterano en este cuadro.

53. ¿Usted o alguna persona de su hogar ha estado alguna vez en el ejército? ❑Sí No❑

53a. ¿Usted es viudo o cónyuge sobreviviente de alguien que ha estado en el ejército? ❑Sí No❑
Si es sí en cualquiera de las preguntas de arriba, por favor escriba:

Nombre, dirección y teléfono del veterano _____

Fecha y lugar de nacimiento del veterano _____

Si falleció, fecha y lugar de la muerte del veterano _____

Su parentesco con el veterano _____

Fechas de servicio _____

Cuerpo del servicio _____

Fecha de la última solicitud de beneficios de VA o recibo de beneficios de VA _____

Número de serie _____

53b. Si es cónyuge de un veterano, cuál era el apellido de soltera, fecha y lugar del matrimonio:

54. Si necesitamos información adicional con respecto a su solicitud y no podemos comunicarnos con usted ¿con quién podemos comunicarnos?

Nombre de la persona, dirección y teléfono	Parentesco con usted

Derechos, responsabilidades y sanciones

Para su protección, es importante que lea lo siguiente, antes de firmar.

AVISO A LOS CLIENTES DE ASISTENCIA MÉDICA : Programa estatal de recuperación de asistencia médica:
Bajo las leyes federales (Ley del Seguro Social, Título 19 Sec. 1917 [42 U.S.C 1396P]) y las leyes estatales (25.5-4-302, C.R.S.), el Programa de recuperación de bienes para cubrir la asistencia médica autoriza al Departamento de políticas y finanzas de atención médica a recuperar todos los beneficios de asistencia médica pagados a nombre de los clientes de Medicaid, incluyendo pagos de capitación, de los bienes de los clientes de Medicaid fallecidos, quienes hayan sido internados permanentemente o tenían más de 55 años de edad cuando se proporcionaron los beneficios. Las leyes estatales y federales proporcionan ciertas excepciones al Programa de recuperación de bienes para cubrir la asistencia médica. Si quiere más información o tiene preguntas acerca de la recuperación de bienes para cubrir la asistencia médica, usted debe comunicarse con el trabajador del condado y pedirle el folleto titulado “Programa de recuperación de bienes para cubrir la asistencia médica”.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE:

Es un delito mentir en esta solicitud. Los beneficios serán denegados, si se encuentra que cualquier información de esta solicitud es falsa o si se omite información pedida en la solicitud. Si cualquier información que yo proporcione, es incorrecta, posiblemente rechacen mi solicitud y puedo estar sujeto a proceso judicial por proporcionar información incorrecta a propósito. Debo avisar a la agencia si hay algún cambio en la información que dé en esta solicitud, durante los plazos que me explicaron en la entrevista con el trabajador del condado. Para Colorado Works (TANF), los programas de asistencia médica y los casos financieros para adultos, debo informar antes de 10 días después de cualquier cambio en mi caso. Doy permiso para que la agencia obtenga datos de las instituciones financieras, para que muestren los activos de las personas nombradas en esta solicitud. Esto incluye bancos, compañías de préstamos y ahorros, uniones de crédito, compañías aseguradoras y otras instituciones financieras. También doy permiso para que la agencia reciba información de otras personas o agencias para proporcionar documentación o verificar información de mi solicitud. Libero a estas personas, agencias o instituciones de toda responsabilidad por dar tal información relativa a mi mismo o a los miembros de mi hogar.

Presentaré pruebas de mi presencia legal en los Estados Unidos (no es necesario para Asistencia para alimentos), o documentos de registro de extranjero recibidos de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS), de todos los miembros extranjeros de mi hogar.

La agencia verificará la información con USCIS y esta información recibida de USCIS puede afectar mi elegibilidad y beneficios. La ley federal (Public Law 97-98) me exige que dé a la agencia los números de SS y de registro de extranjero de las personas que soliciten asistencia pública. La agencia confirmará y compartirá la información con otras agencias locales, estatales y federales.

La agencia comparará la información con la de la Administración del Seguro Social, el Servicio de rentas internas y el Departamento de trabajo y empleo de Colorado, usando los números del SS. La agencia verificará la información que pueda afectar la elegibilidad y pagos. La agencia se comunicará con los patrones y estos pueden revelar información a esta agencia. La agencia verificará la información con respecto a los pagos de manutención infantil, con las agencias de aplicación de las órdenes de manutención infantil o con los tribunales. La agencia podrá proporcionar información a los departamentos de policía.

Derechos, responsabilidades y sanciones (continúa)

ENTIENDO Y ACEPTO QUE:

Al aprobarse esta solicitud, asigno al estado todos los derechos de pago por gastos y tratamiento médicos. Si tengo Medicaid y recibo dinero por las mismas facturas médicas que pagó el estado, daré el dinero al estado. El estado podrá cobrar a cualquier compañía aseguradora o liquidación judicial por las facturas médicas que el estado haya pagado. Avisaré inmediatamente al estado sobre cualquier reclamo o proceso legal que yo tenga y cooperaré con el estado para cobrar las facturas médicas que el estado haya pagado.

Si recibo asistencia en efectivo bajo Colorado Works (TANF), daré a la agencia todos los derechos sobre cualquier ayuda, vigente y vencida, por una orden judicial existente. Sé que debo dar a la agencia los derechos de ayuda médica para reembolsar los gastos médicos pagados por Medicaid. Sé que debo dar a la agencia todos los fondos de manutención infantil, ayuda médica y ayuda conyugal pagada directamente a mi, mientras mis hijos y yo recibimos asistencia en efectivo bajo Colorado Works (TANF) y Medicaid. Mientras mis hijos y yo recibamos asistencia en efectivo bajo Colorado Works (TANF) y Medicaid, la agencia tratará de cobrar ayudas vigentes y vencidas. Cuando ya no reciba asistencia en efectivo bajo Colorado Works (TANF) o Medicaid, la agencia seguirá cobrando las cantidades de ayuda y ayuda médica vencidas, acumuladas mientras yo recibí beneficios. Me enviarán a mí la manutención infantil, pensión alimenticia ayuda y ayuda médica vigentes.

Debo identificar el seguro médico a disposición de cualquier persona de esta solicitud para Medicaid o asistencia médica. Sé que me pueden pedir que me inscriba en algún seguro colectivo patrocinado por el patrón, si éste es más barato que Medicaid. En este caso, Medicaid pagará el costo del seguro.

Los miembros de mi hogar no reunirán los requisitos para Asistencia para alimentos si me niego a cooperar con cualquier revisión de mi caso, incluyendo una revisión de control de calidad. Si ellos reciben beneficios para los que no reúnen los requisitos, nos podrán exigir que paguemos tales beneficios. Cualquier reclamo vencido podrá ser cobrado tomando una devolución de impuestos a la que los miembros de mi hogar tengan derecho.

Cualquier persona a quien se compruebe que dio información falsa intencionalmente en su solicitud, no podrá recibir Colorado Works (TANF) o Asistencia para alimentos durante 12 meses de la primera infracción, 24 meses de la segunda y permanentemente por la tercera infracción. Un tribunal también podrá evitar que una persona reciba Asistencia para alimentos durante otros dieciocho meses. Este delito está sujeto a proceso legal bajo otras leyes federales. Si recibe beneficios de Asistencia para alimentos o Colorado Works (TANF) por duplicado, falsificando su identidad o residencia, le descalificarán por 10 años.

Es un delito recibir, de manera deliberada, dinero o beneficios para los cuales no reúna los requisitos. Este delito tiene como castigo una multa de hasta $250,000 o hasta 20 años de prisión o ambos.

Cualquier persona a quien se compruebe que haya usado Asistencia para alimentos para comprar ilegalmente sustancias controladas, será descalificada por 2 años por la primera infracción y definitivamente por la segunda infracción.

Las personas a quienes un tribunal local, estatal o federal encuentre culpables de haber usado o recibido beneficios gracias a una transacción que incluya la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, serán descalificadas permanentemente para participar en el programa en el que estén en la primera vez de tal infracción.

Una persona a quien un tribunal local, estatal o federal encuentre culpable de haber traficado beneficios por una suma total de $500 o más, será descalificada permanentemente para participar en el programa en el que esté en la primera vez de tal infracción.

Para recibir Asistencia para alimentos, ciertos miembros del hogar tienen que registrarse para trabajar. Esto significa que ciertos miembros del hogar deben: 1) Presentarse a Employment First (programa de trabajo), cuando la oficina de Asistencia para alimentos le consiga una cita. 2) Seguir las instrucciones que le dé Employment First (programa de trabajo), incluyendo presentarse a todas las citas programadas y cumpliendo con todos los acuerdos por escrito que usted haya firmado. 3) Proporcionar información a la oficina de Asistencia para alimentos o Employment First (programa de trabajo) acerca de cualquier trabajo que consiga mientras esté en Asistencia para alimentos. 4) Decirle a la oficina de Asistencia para alimentos o Employment First (programa de trabajo) si usted no puede trabajar. Le pedirán que proporcione pruebas. Trabajará todas las *Horas de Workfare* que le asignen; irá a las entrevistas de trabajo que le hayan conseguido.

Derechos, responsabilidades y sanciones (continúa)

ENTIENDO Y ACEPTO QUE:
Si usted no hace lo que le asignen, lo pueden descalificar para recibir los beneficios de Asistencia para alimentos. Si usted es un adulto entre 18 y 49 años de edad, sin niños menores de 18 años en su hogar de Asistencia para alimentos, solamente podrá obtener beneficios de Asistencia para alimentos por tres meses durante los tres años siguientes, a menos que: Usted trabaje 80 horas mensuales y dé esta información a Employment First (programa de trabajo) o usted trabaje sus horas asignadas en Employment First (programa de trabajo) de su condado, incluyendo *Workfare* o Employment First (programa de trabajo) o si determinamos que físicamente o mentalmente usted no puede trabajar o la oficina de Asistencia para alimentos le dice que usted está exento. Siempre y cuando usted realice alguna de estas actividades todos los meses, usted podrá recibir Asistencia para alimentos beneficios si usted reúne todos los demás requisitos.

Su firma

Al firmar este formulario, certifico que he revisado esta solicitud; Entiendo y acepto los Derechos, responsabilidades y sanciones y certifico bajo pena de perjurio, que la información que he dado es verdadera, incluyendo la información relativa a ciudadanía y situación como extranjero. He recibido información acerca de cómo solicitar, qué información hay disponible y lo que posiblemente tenga que darle al condado para ayudarme a obtener beneficios.

Firma del solicitante	Fecha (mm-dd-aaaa)
Nombre en letras de molde del solicitante	Firma de la persona que ayudó a llenar la solicitud
Firma del representante autorizado, albacea, POA o tutor.	Fecha (mm-dd-aaaa)
Nombre en letra de molde del representante autorizado, albacea, POA o tutor	Dirección y teléfono del tutor o la persona que ayudó a llenar la solicitud

Si está solicitando Medicaid Usted tiene que enviar una prueba de ciudadanía de EE.UU. e identidad. Usted puede enviar UNO de lo siguiente para demostrar **tanto** su ciudadanía como su identidad:

- Pasaporte de EE.UU. **O**
- Certificado de naturalización (Formularios N-550 o N-570 de DHS) **O**
- Certificado de Ciudadanía de EE.UU. (Formularios N-560 o N-561 de DHS)

Si usted no tiene ninguno de ellos, envíe un papel que demuestre su ciudadanía Y otro que demuestre la identidad de todas las personas que soliciten Medicaid, de la lista de más abajo.

Ciudadanía	Identidad
▪ Certificado de nacimiento de EE.UU.	▪ Licencia de conducir u otra tarjeta de identificación estatal con fotografía
▪ Certificado de nacimiento en el extranjero (Formulario FS 545)	▪ Tarjeta de identificación emitida por alguna agencia gubernamental local, estatal o federal.
▪ Tarjeta de identificación nacional de EE.UU. (Formulario I-197 o I-179)	▪ Tarjeta militar de EE.UU. o expediente de reclutamiento o tarjeta de marino mercante del servicio de guardacostas de EE.UU.
▪ Documento tribal de americano nativo	▪ Tarjeta de identificación escolar, con una foto
▪ Decreto final de adopción	
▪ Un expediente militar oficial que muestre el lugar de nacimiento en los EE.UU.	▪ Expedientes verificados de escuela, sala de cunas o guardería (para niños menores de 16 años)
▪ Expedientes religiosos o escolares	▪ Expedientes clínicos, médicos u hospitalarios (para niños menores de 16 años)

Se puede aceptar copias de documentos originales **SOLAMENTE** después que la documentación haya sido vista y certificada por algún sitio aprobado por el estado de Colorado. Hay una lista de sitios aprobados disponibles en: http://www.colorado.gov/cs/Satellite/HCPF/HCPF/1217412405165 en "Lista de ubicaciones que pueden verificar documentos". Si necesita ayuda o más información acerca de la documentación adicional, pregunte al técnico de su condado o visite colorado.gov/hcpf

Se exige este formulario para Family Medicaid, CHP+ y Adult Medicaid

Al firmar este formulario, certifico que he revisado esta solicitud; Entiendo y acepto los Derechos, responsabilidades y sanciones y certifico bajo pena de perjurio, que la información que he dado es verdadera, incluyendo la información relativa a ciudadanía y situación como extranjero. He recibido información acerca de cómo solicitar, qué información hay disponible y lo que posiblemente tenga que darle al condado para ayudarme a obtener beneficios. **Para las solicitudes de asistencia médica, toda persona de 18 años o mayor deberá firmar la solicitud, además de la persona que llena la solicitud.**

Firma de la solicitante	Fecha (mm-dd-aaaa)
Nombre en letras de molde del solicitante	Firma de la persona que ayudó a llenar la este formulario
Firma del representante autorizado, albacea o tutor	Fecha (mm-dd-aaaa)

Al firmar este formulario, certifico que he revisado esta solicitud; Entiendo y acepto los Derechos, responsabilidades y sanciones y certifico bajo pena de perjurio, que la información que he dado es verdadera, incluyendo la información relativa a ciudadanía y situación como extranjero. He recibido información acerca de cómo solicitar, qué información hay disponible y lo que posiblemente tenga que darle al condado para ayudarme a obtener beneficios. **Para las solicitudes de asistencia médica, toda persona de 18 años o mayor deberá firmar la solicitud, además de la persona que llena la solicitud.**

Firma de la solicitante	Fecha (mm-dd-aaaa)
Nombre en letras de molde del solicitante	Firma de la persona que ayudó a llenar la este formulario
Firma del representante autorizado, albacea o tutor	Fecha (mm-dd-aaaa)

Al firmar este formulario, certifico que he revisado esta solicitud; Entiendo y acepto los Derechos, responsabilidades y sanciones y certifico bajo pena de perjurio, que la información que he dado es verdadera, incluyendo la información relativa a ciudadanía y situación como extranjero. He recibido información acerca de cómo solicitar, qué información hay disponible y lo que posiblemente tenga que darle al condado para ayudarme a obtener beneficios. **Para las solicitudes de asistencia médica, toda persona de 18 años o mayor deberá firmar la solicitud, además de la persona que llena la solicitud.**

Firma de la solicitante	Fecha (mm-dd-aaaa)
Nombre en letras de molde del solicitante	Firma de la persona que ayudó a llenar la este formulario
Firma del representante autorizado, albacea o tutor	Fecha (mm-dd-aaaa)

Se exige este formulario para asistencia en efectivo. Se exige una Declaración jurada de prueba de presencia legal de cada persona (de 18 años o mayor) que solicite beneficios o de los adultos que soliciten para sus hijos.

Declaración jurada de prueba de presencia legal en los Estados Unidos

Por favor tome en cuenta que esta declaración jurada no es necesaria para solicitar o recibir Asistencia para alimentos y programas de Medicaid sujetos a la Ley de reducción del déficit 2005.
Todos los solicitantes de su hogar de 18 años y mayores deben firmar una Declaración jurada de prueba de presencia legal en los Estados Unidos.
Juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado, que (marque uno):

- ❑ Soy ciudadano de los Estados Unidos; o
- ❑ Soy residente permanente legal de los Estados Unidos; o
- ❑ Me encuentro presente legalmente en los Estados Unidos de acuerdo con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por ley porque he solicitado un beneficio público. Entiendo que las leyes estatales me exigen proporcionar pruebas de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos, antes de recibir este beneficio público. Además reconozco que cualquier declaración o afirmación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada, es castigada bajo las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado bajo el Estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y que constituirá un delito por separado, cada vez que reciba cualquier beneficio público de manera fraudulenta.

Firma _____ Fecha _____

Declaración jurada de prueba de presencia legal en los Estados Unidos

Por favor tome en cuenta que esta declaración jurada no es necesaria para solicitar o recibir Asistencia para alimentos y programas de Medicaid sujetos a la Ley de reducción del déficit de 2005.
Todos los solicitantes de su hogar de 18 años y mayores deben firmar una Declaración jurada de prueba de presencia legal en los Estados Unidos.
Juro o afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado, que (marque uno):

- ❑ Soy ciudadano de los Estados Unidos; o
- ❑ Soy residente permanente legal de los Estados Unidos; o
- ❑ Me encuentro presente legalmente en los Estados Unidos de acuerdo con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por ley porque he solicitado un beneficio público. Entiendo que las leyes estatales me exigen proporcionar pruebas de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. Además reconozco que cualquier declaración o afirmación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada, es castigada bajo las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado bajo el Estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y que constituirá un delito por separado cada vez que reciba cualquier beneficio público de manera fraudulenta.

Firma _____ Fecha _____

Información de Manutención infantil. **Esta sección debe llenarse si usted tiene algún padre ausente de su hogar y usted solicita Colorado Works (TANF) o Adult Medicaid con SSI Children. Usted puede completar esta sección si quiere ayuda con manutención infantil.**

¿Hay algún niño en su hogar que tenga un padre que no viva en casa? ❑Sí No❑ *Si es sí, por favor llene las siguientes páginas* :

Nombre completo del solicitante (apellido, nombre, inicial; incluya nombre de soltera o cualquier otro nombre usado)

Nº de SS

Teléfono

Número para mensajes

Dirección de su casa (calle, apartado postal, etc.)

Dirección postal (si es diferente de la de su casa)

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Ciudad **Estado** **Código Postal**

IMPORTANTE Si su cooperación puede causarle daños físicos o emocionales a usted o a los niños, porque el padre ausente se enoje por tener que pagar manutención infantil o seguro médico**,** usted podrá solicitar motivo justificado. Para que se apruebe el motivo justificado, usted debe proporcionar pruebas al condado, a más tardar 20 días después de su petición de motivo justificado. Si necesita más tiempo, puede pedirlo. Ejemplos de tales pruebas pueden ser:

Expedientes del tribunal, penales, de servicios de protección infantil, sicológicos o de policía que indiquen que el supuesto padre sin custodia podría dañar física o emocionalmente a usted o a los niños.

El niño nació después de una violación o incesto. Las pruebas pueden ser expedientes médicos o policiales que indiquen que ocurrió la violación o incesto o una declaración jurada de las personas que tengan conocimiento de los hechos declarados.

El niño está en proceso de adopción. Las pruebas pueden ser documentos del tribunal o una declaración por escrito de la agencia pública o privada que lleve el proceso de adopción.

Si se decide otorgar el motivo justificado, sus beneficios no serán afectados. Si no tiene motivo justificado usted recibirá aviso del departamento del condado para que coopere con la unidad CSE, a menos que usted apele la decisión.

¿Quiere pedir motivo justificado? ❑Sí No❑

El Programa de aplicación de manutención infantil de Colorado (CSE) le ayuda a obtener la manutención infantil para sus hijos del padre ausente (padre que no vive en su hogar). También, la unidad CSE puede ayudarle a conseguir ayuda alimenticia. Esta ayuda incluye la localización del padre ausente, establecimiento de la paternidad, si es necesario y para obtener la orden de manutención infantil. La unidad CSE también modifica las órdenes de manutención infantil cuando sea apropiado. Como condición de los requisitos de afiliación de Colorado Works (TANF) o de Medicaid, *usted debe cooperar con la unidad CSE*. Cooperar significa dar la información necesaria a la unidad CSE sobre el padre ausente.

Si no coopera con la unidad CSE, esto puede causarle perder todos o parte de los beneficios de Colorado Works (TANF) o de Medicaid para usted mismo. Al cooperar, el padre ausente tendrá que responsabilizarse por sus hijos.

Usted recibirá un aviso periódico acerca de los pagos de manutención cobrados por la unidad CSE. Cuando usted ya no reciba Colorado Works (TANF) o Medicaid, la oficina de CSE continuará proporcionando servicios de manutención infantil, a menos que usted les pida, por escrito, que dejen de hacerlo. En ese momento, el dinero cobrado por la manutención infantil vigente irá directamente a usted. En caso de que lo cobrado no tenga fondos (un cheque sin fondos, por ejemplo), usted será responsable de devolver el dinero.

Información de Manutención infantil. **Esta sección debe llenarse si usted tiene algún padre ausente de su hogar y usted solicita Colorado Works (TANF) o Adult Medicaid con SSI Children. Puede completar esta sección si de manera voluntaria usted quiere ayuda con manutención infantil.**

Esta sección recoge la información necesaria acerca de sus hijos y los padres que no están incluidos en su hogar, pero que pueden ser responsables de los niños de su hogar. Por favor llene esta sección, **solamente, si está solicitando Colorado Works (TANF) y Adult Medicaid con SSI Children** (los beneficiarios de otros tipos de Medicaid pueden solicitar servicios de manutención infantil).

	Primer hijo	Segundo hijo	Tercer hijo
Nombre legal completo			
Sexo (H o M)			
Fecha de nacimiento			
Nº de SS*			
Estado o condado de concepción			
¿Quién está anotado como el padre en el acta de nacimiento?			

	Cuarto hijo	Quinto hijo	Sexto hijo
Nombre legal completo			
Sexo (H o M)			
Fecha de nacimiento			
Nº de SS*			
Estado o condado de concepción			
¿Quién está anotado como el padre en el acta de nacimiento?			

* CSE utiliza los números del SS para localizar personas o para establecer la paternidad y las obligaciones de manutención. También, el Nº de SS le ayuda a modificar y aplicar las obligaciones de manutención y a distribuir los pagos de manutención infantil. No obstante, si se desconoce el Nº de SS de sus hijos o del padre ausente, la unidad CSE no rechazará su pedido de ayuda. La unidad CSE puede pedir más información en una fecha posterior, como sea necesario, en sus esfuerzos para obtener manutención infantil y ayuda médica para su familia.

Nombre legal del padre ausente	1er padre ausente _____	2o padre ausente _____	3er padre ausente _____
¿Hay alguna orden judicial para que este padre ausente pague manutención infantil?	❑Sí No❑ Si es sí ¿a cuál hijo? **1 2 3 4 5 6** encierre en un círculo	❑Sí No❑ Si es sí ¿a cuál hijo? **1 2 3 4 5 6** encierre en un círculo	❑Sí No❑ Si es sí ¿a cuál hijo? **1 2 3 4 5 6** encierre en un círculo
Si es sí, escriba el número de caso del tribunal.			
Si es sí, escriba la fecha de la orden.			
Si es sí, escriba la ciudad y estado del tribunal.			
Si es sí, escriba la cantidad de la orden de manutención infantil y qué tan seguido se pagará (ejemplo: $200 al mes).			
Si es sí ¿la orden incluye ayuda médica?	❑Sí No❑	❑Sí No❑	❑Sí No❑
Última dirección conocida del padre ausente:			
Último teléfono conocido:			
* Nº de SS del padre ausente, fecha y el lugar de nacimiento (si ninguno es conocido, edad aproximada del padre ausente).	Nº de SS Fecha de Nacimiento O edad aproximada Lugar de nacimiento	Nº de SS Fecha de Nacimiento O edad aproximada Lugar de nacimiento	Nº de SS Fecha de Nacimiento O edad aproximada Lugar de nacimiento
¿Hay alguna otra Información sobre el padre ausente? p. ej.: (descripción física del padre ausente; nombre, dirección y teléfono de los padres, hermanos o amigos del padre ausente)			
Nombre del patrón más reciente del padre ausente y dirección o teléfono de este patrón			
Última fecha de empleo conocida del padre ausente			
Si el padre ausente murió, escriba la fecha, ciudad y estado dónde se produjo la muerte.			
Si el padre ausente está discapacitado o en prisión, describa la discapacidad o diga dónde está preso.			